

# XIX Національна школа гастроентерологів, гепатологів України – знакова подія для галузі

6-7 квітня за підтримки Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) ім. П.Л. Шупика (м. Київ), Української гастроентерологічної асоціації та Київського товариства гастроентерологів відбулася XIX Національна школа гастроентерологів, гепатологів України «Сучасні наукові та практичні досягнення в гастроентерології з позицій доказової медицини». У цьому масштабному науково-практичному форумі взяли участь вітчизняні вчені та практичні лікарі, а також зарубіжні гості, зокрема представники Франції, Італії, Нідерландів, Саудівської Аравії та Кореї. У рамках заходу, на який щороку з нетерпінням чекає вся гастроентерологічна спільнота країни, було розглянуто нові підходи до ведення пацієнтів з патологією травної системи, обговорено сучасні рекомендації щодо діагностики та лікування, представлено результати останніх клінічних досліджень. Присутні на конференції отримали унікальну можливість прослухати доповіді провідних науковців і взяти участь у дискусіях, обмінятися практичним досвідом із колегами, ознайомитися із сучасними тенденціями діагностики та лікування хворих гастроентерологічного профілю. Цією публікацією ми розпочинаємо серію статей за матеріалами XIX Національної школи гастроентерологів, гепатологів України і пропонуємо читачам стислий огляд виступів провідних вітчизняних експертів у галузі гастроентерології та гепатології.



Зацікавленість лікарів викликала програмна доповідь наукового керівника XIX Національної школи гастроентерологів, гепатологів України, члена-кореспондента НАМН України, головного

позаштатного спеціаліста Міністерства охорони здоров'я України за спеціальністю «Гастроентерологія», завідувача кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктора медичних наук, професора Наталії В'ячеславівни Харченко, присвячена функціональній диспепсії (ФД).

– ФД – це захворювання, що характеризується виникненням індукованих вживанням їжі диспепсичних розладів (постпрандіальний дистрес-синдром – ПДС) або епігастрального болю під час чи після їди, а також одночасною появою вищенаведених порушень (*overlap syndrome* – перехресний синдром); при цьому за допомогою традиційних методів діагностики неможливо визначити причини, що пояснюють наявну симптоматику.

Згідно з Римськими критеріями IV, функціональні гастродуоденальні розлади поділяють на 4 категорії:

- ФД, що включає ПДС і синдром епігастрального болю (СЕБ);
- відрижка (надмірна шлункова і надшлункова відрижка);
- порушення, пов'язані з нудотою та блюванням (синдром хронічної нудоти та блювання, синдром циклічного



блювання, синдром надмірного канабіоїдного блювання);

- синдром румінації.

У масштабних дослідженнях встановлено, що поширеність ФД у глобальній популяції варіює від 10 до 30%. Статистичні дані щодо розповсюдженості цієї патології в Україні суттєво відрізняються від загальної тенденції: станом на 2016 рік рівень поширеності ФД серед українського населення становить 0,12%. Про що може свідчити така вражаюча розбіжність світових і вітчизняних показників? Імовірно, лікарі не приділяють достатньо уваги цій нозології. Отже, питання своєчасної діагностики та ефективної корекції ФД

є доволі актуальним. Перелік факторів ризику виникнення зазначеного функціонального розладу є досить великим і стосується як соціально-економічних, так і психоемоційних та індивідуальних аспектів життя індивіда. Варто наголосити на тому факті, що куріння асоційоване з ФД лише незначною мірою, а вживання спиртних напоїв і кави взагалі не пов'язане з виникненням цього розладу.

На сьогодні патофізіологія ФД вивчена недостатньо. Вважається, що механізм виникнення цієї патології ґрунтується на порушенні взаємозв'язку гастродуоденальної зони та центральної нервової системи.

Відповідно до Римських критеріїв IV, у визначення ФД та окремих її синдромів внесено деякі корективи:

- окрім відчуття ранньої насиченості та переповнення, ПДС включає інші симптоми порушення травлення, проте печія виключена з цього переліку;
- постпрандіальне здуття в епігастральній ділянці, відрижка та нудота входять у визначення як ПДС, так і СЕБ як додаткові симптоми;
- персистуюче блювання не входить до переліку симптомів ФД і потребує додаткового обстеження;
- тяжкість симптомів має бути достатньою для ідентифікації стану як «набридливого», що впливає на повсякденну діяльність людини;
- для встановлення діагнозу ФД частота виникнення симптомів має бути

не менш ніж 3 випадки на тиждень для ПДС та 1 епізод для СЕБ.

Зміни торкнулися й лікування пацієнтів із ФД. Важливим критерієм ефективною терапії є чітке розмежування пацієнтів із ПДС та пацієнтів із СЕБ. Незмінними залишаються рекомендації стосовно корекції способу життя (раціоналізація харчування, дозована фізична активність, відмова від шкідливих звичок) та самонавчання. Медикаментозна терапія першої лінії для осіб із ФД включає прокінетики для корекції ПДС й інгібітори протонної помпи (ІПП) у випадку СЕБ. До засобів резерву введено антидепресанти, інші психотропні засоби, міорелаксанти, Н<sub>1</sub>-антагоністи, а також фіто- та психотерапію.

Таким чином, встановлення діагнозу ФД здійснюється на підставі Римських критеріїв IV. Щоб досягти ремісії симптомів, необхідно застосовувати комплексний підхід, використовуючи препарати з доведеною клінічною ефективністю.



Про нові рекомендації щодо діагностики та лікування інфекції, зумовленої *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), з урахуванням положень Маастрихтського консенсусу V розповів член президії

Української гастроентерологічної асоціації, член Європейської асоціації з вивчення печінки та Американської гастроентерологічної асоціації, проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава), доктор медичних наук, професор Ігор Миколайович Скрипник.

– У 2015 р. у Флоренції відбулася V Узгоджувальна конференція з діагностики та лікування інфекції, спричиненої *H. pylori*, – Маастрихт V, у якій взяли участь 43 експерти з 23 країн світу. Результатом їхньої роботи стало внесення до консенсусу суттєвих доповнень, які стосуються клінічних проявів хелікобактерної інфекції, що потребують лікування, та модернізації методів діагностики. Також у документі висвітлено нові тенденції в профілактиці та терапії захворювання й розглянуто взаємозв'язок мікробіоти шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і *H. pylori*.



Першим твердженням консенсусу став той факт, що *H. pylori*-асоційований гастрит – це самостійне інфекційне захворювання, яке не залежить від наявної симптоматики та ускладнень. Прогресування процесу призводить до розвитку виразкової хвороби, атрофічного гастриту, аденокарциноми шлунка та MALT-лімфоми. З метою зниження ризику розвитку цих захворювань усім пацієнтам, у яких підтверджено інфікування *H. pylori*, необхідно провести ерадикаційну терапію. Запропоновано стратегію *test and treat* (з англ. – «діагностуй і лікуй») для пацієнтів із невивченою диспепсією. Доведено, що для регіонів із високою поширеністю інфікування *H. pylori* (>20%) цей підхід є клінічно та економічно доцільним. Клініцистам важливо пам'ятати, що стратегія *test and treat* не використовується в осіб похилого віку та пацієнтів із тривожними симптомами. У регіонах із низьким рівнем розповсюдженості *H. pylori* в пацієнтів із диспепсичними розладами рекомендоване виконання ендоскопічного обстеження верхніх відділів травного тракту (при необхідності – біопсії) та проведення подальшого лікування.

Доведено, що *H. pylori* має виражений вплив на секрецію соляної кислоти в шлунку, тому успішна ерадикаційна терапія супроводжується не тільки ліквідацією проявів гастриту, а й нормалізацією кислотності. Рекомендації Маастрихту V стосуються й функціональних розладів. Встановлення діагнозу ФД передбачає відсутність інфікування *H. pylori* після первинного виключення *H. pylori*-асоційованого гастриту та підтвердження успішної ерадикаційної терапії.

Актуальним питанням внутрішньої медицини є коморбідний перебіг серцево-судинних захворювань і *H. pylori*-асоційованого гастриту. Призначення таким пацієнтам препаратів ацетилсаліцилової кислоти (АСК), антитромбоцитарних засобів та антикоагулянтів підвищує ризик кровотечі з виразки. Наявність в анамнезі виразкової хвороби та прийом АСК, нестероїдних протизапальних засобів чи коксибів є прямим показанням до обстеження пацієнта на наявність *H. pylori*.

Найбільш вивченим неінвазивним методом виявлення *H. pylori* є уреазний дихальний тест, який рекомендується використовувати при первинному

обстеженні хворих та з метою контролю ефективності ерадикації. Тест проводиться не раніше 4-8-го тижня після закінчення антихелікобактерної терапії. Альтернативним варіантом є лабораторне дослідження на виявлення антитіл до *H. pylori* в калі. Швидкі серологічні тести для підтвердження хелікобактерної інфекції можуть використовуватися у випадку їх встановленої валідності.

У разі призначення схеми ерадикації *H. pylori*, яка включає кларитроміцин, рекомендується оцінка чутливості бактерії до цього антибіотика. Якщо вперше проведена антихелікобактерна терапія не була ефективною, з метою адекватної корекції призначеної схеми показані виділення культури та визначення чутливості *H. pylori* до антибіотиків (при виконанні ендоскопічного обстеження). З метою неінвазивного дослідження стану слизової оболонки



шлунка визначають рівень пепсиногену крові. Біопсія дає інформацію про наявність атрофічних змін у шлунку, локалізацію ураження слизової оболонки, а також про можливі ризики розвитку неопластичного процесу.

Складність лікування *H. pylori*-асоційованого гастриту пояснюється зростанням резистентності бактерії до антибіотиків у більшості країн світу. З метою підвищення ефективності ерадикаційної терапії необхідно дотримуватися таких рекомендацій:

- застосовувати кватротерапію з вісмутом або ІПП в комплексі



з трьома антибактеріальними засобами (амоксициліном, кларитроміцином, метронідазолом);

- збільшити тривалість терапії;
- у разі неефективності ерадикації призначити антибіотики з урахуванням чутливості *H. pylori*;
- використовувати високі дози ІПП з метою пригнічення секреції соляної кислоти.

Антихелікобактерна терапія має враховувати регіональну й індивідуальну чутливість *H. pylori* до антибіотиків (це стосується кларитроміцину, метронідазолу та левофлосацину). Слід зазначити, що використання схеми антихелікобактерної терапії, яка містить фторхінолон, є резервним варіантом, тобто терапією 2-ї лінії.

Разом із тим необхідно пам'ятати, що *H. pylori* – це основний, але не єдиний тригерний чинник, що викликає захворювання шлунка. Низка інших мікроорганізмів здатна спровокувати розвиток ускладнень *H. pylori*-асоційованого гастриту. Якісного контролю за станом мікробиоти шлунка можна досягнути за допомогою призначення пробіотиків з доведеною клінічною ефективністю.



Доповідь, присвячену веденню пацієнтів з кислото залежними захворюваннями та коморбідною патологією, представив **завідувач кафедри внутрішньої медицини №1 Харківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Олег Якович Бабак.**

– Випадки ізольованого ураження одного органа зустрічаються вкрай рідко. Приблизно в 50% хворих, які звертаються до сімейного лікаря, терапевта чи гастроентеролога, діагностують коморбідну патологію. Актуальність питання пояснюється тим фактом, що 30-60% пацієнтів із гастроентерологічними захворюваннями мають супутню патологію серцево-судинної, ендокринної чи дихальної систем. Така ситуація загрожує обтяженням перебігу патологічного процесу, нерідко супроводжується поліпрагмацією та зниженням ефективності базисної терапії, підвищує ризик виникнення ускладнень.

У пацієнтів із кислото залежними захворюваннями та коморбідною патологією найчастіше причинами звернення

до лікарів є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), *H. pylori*-асоційована пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, синдром подразненого кишечника. У більшості випадків лікування таких хворих передбачає призначення одразу декількох лікарських препаратів. Розглянемо варіант поєднання ГЕРХ і кардіальної симптоматики. Обидва стани характеризуються наявністю болю за грудиною. Приблизно в 51% хворих причиною цього симптому при інтактних коронарних судинах (що підтверджено результатом селективної коронарографії) є ГЕРХ. Препаратами вибору для усунення кислото залежних станів при коморбідній патології є ІПП. Одним з найбільш ефективних представників зазначеного класу лікарських засобів є пантопразол, який характеризується тривалим селективним кислотоінгібуючим ефектом (до 46 год), високим профілем безпеки, доброю переносимістю, стабільною біодоступністю і чітким контролем за кислотоутворювальною функцією шлунка після першого прийому препарату. Пантопразол не потребує корекції дози в пацієнтів різних вікових категорій. Важливою характеристикою препарату є низький рівень його взаємодії з іншими лікарськими засобами. Це дає можливість комбінувати пантопразол з іншими медикаментами та досягти бажаного терапевтичного ефекту.

Застосування пантопразолу доцільне у випадках одночасного прийому інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та ІПП; антихелікобактерної терапії на фоні цукрового діабету; лікування пацієнтів похилого віку, оскільки зазвичай вони приймають велику кількість препаратів різних фармацевтичних груп; застосування лікарських засобів із вузьким терапевтичним вікном; при необхідності призначення ІПП пацієнтам, які отримують клопідогрель.

Кислотозалежні захворювання також часто супроводжуються абдомінальним болем спастичного характеру. При виборі ефективного спазмолітика слід враховувати вираженість спазмолітичної та анелгезуючої дії препарату. Важливо, щоб лікарський засіб не маскував симптоматику, яка може свідчити про наявність гострого невідкладного стану. Цим критеріям, зокрема, відповідає дротаверин. З метою запобігання

Продовження на стор. 10.



# ХІХ Національна школа гастроентерологів, гепатологів України — знакова подія для галузі

Продовження. Початок на стор. 8.

ускладненням ерадикаційної терапії доцільно використовувати пре- та пробіотики.



Про роль манометрії верхніх відділів ШКТ у виборі методу лікування ФД розповів директор ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (м. Дніпро), віцепрезидент Української гастроентерологічної асоціації, доктор медичних наук, професор **Юрій Миронович Степанов**.

— ФД, в основі якої лежить порушення нормальної моторики ШКТ, в більшості випадків є діагнозом виключення. Вивчення координації моторики ШКТ — ключовий момент у вирішенні питання коректної діагностики функціональних диспепсичних розладів та їх ефективного лікування.

Манометрія — це об'єктивний метод діагностики дисмоторики верхніх відділів ШКТ, сегментарного та дифузного езофагоспазму, ахалазії стравоходу, неспроможності сфінктерів і ліквідації

антирефлюксного бар'єра. Використання сучасного апаратно-програмного комплексу дозволяє виявити порушення функції травного каналу в режимі реального часу та визначити тригерні чинники цього розладу. Вимірювання тиску в досліджуваній ділянці виконується за допомогою балонної манометрії під рентгенологічним або відеоендоскопічним контролем відкритим катетером при його переміщенні зі стравоходу в шлунок. Ця методика є перспективним напрямом об'єктивізації функціонального стану ШКТ. З цієї причини висловлюються пропозиції щодо використання манометрії як золотого стандарту для верифікації таких захворювань, як ГЕРХ, ФД і синдром подразненого кишечника.

Лікування пацієнтів з хронічним гастритом і ФД передбачає нормалізацію моторики і кислотності шлунка та ДПК, ерадикацію *H. pylori* та регуляцію психоемоційного стану.

Комплексний та індивідуальний підхід до лікування кислотозалежних захворювань забезпечує регресію симптомів і покращення стану пацієнта. Зокрема, підвищити ефективність антителікобактерної терапії дозволяє включення до її схеми препарату

вісмуту субцитрату колоїдного, який має виражену цитопротекторну дію. Ключовим компонентом лікування кислотозалежних захворювань, безперечно, є контроль за продукцією соляної кислоти в шлунку. Останнім часом рекомендується застосовувати ІПП, метаболізм яких меншою мірою залежить від генетичного поліморфізму CYP2C19 (наприклад, езомепразол). Це дозволяє досягти прогнозованого кислотосупресивного ефекту та підвищити результативність лікування. Проте антисекреторна терапія не завжди дозволяє ліквідувати абдомінальний біль, особливо в пацієнтів, у яких кислотозалежні захворювання поєднані із супутньою патологією біліарної системи. У таких хворих у комплексному лікуванні доцільно застосовувати селективні спазмолітичні засоби (зокрема, мебеверин), оскільки це дозволяє забезпечити позитивну клінічну динаміку з боку жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, що підтверджується даними ультразвукового дослідження і результатами фракційного дуоденального зондування.



Доповідь про комбіновану терапію і вибір лікувального підходу при запальних захворюваннях кишечника (ЗЖК) представив професор кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук **Андрій Едуардович Дорофєєв**.

— У зв'язку зі зростанням поширеності ЗЖК, особливо їх тяжких форм, значними вартістю та тривалістю терапії, високою частотою розвитку ускладнень, які потребують оперативної корекції, у реальній клінічній практиці, як ніколи, актуальним є питання щодо проведення максимально ефективного консервативного лікування цієї патології. Зокрема, сучасна концепція глибокої ремісії передбачає такий алгоритм дій: усунення клінічних симптомів хвороби, нормалізацію ендоскопічної та гістологічної картини, покращення якості життя пацієнтів, зниження частоти госпіталізацій та інвалідизації. Вибір терапевтичної тактики при ЗЖК залежить від поширеності та локалізації уражень, клінічної форми та ступеня тяжкості захворювання, наявності позакишкових уражень, а також клінічної, ендоскопічної та гістологічної активності процесу. Стандартну терапію хворих на ЗЖК зазвичай розпочинають із застосування препаратів месалазину, а за відсутності бажаного результату її доповнюють стероїдними гормонами.

Ефективність препаратів, які застосовують у лікуванні ЗЖК, залежить від ступеня контакту діючої речовини зі слизовою оболонкою кишечника. Тому при проктитах доцільним є локальне введення лікарських засобів у вигляді супозиторіїв, ректальної піни чи клізм. При ураженні вищих відділів кишечника призначають пероральний прийом препаратів. Сучасним препаратом месалазину є Салофальк, гранули якого забезпечують тривалий і рівномірний розподіл діючої речовини

безпосередньо в зоні запалення. Цей ефект досягається завдяки подовженню вивільнення месалазину: зовнішня оболонка гранул розчиняється при рН вище 6, що забезпечує стійкість препарату до агресивного шлункового вмісту, а полімерне матричне ядро дозволяє розподілити гранули месалазину по всьому кишечнику. За рахунок вдосконаленої лікарської форми можливе швидке досягнення ремісії ЗЖК при однократному дозуванні препарату. Гранули препарату Салофальк збільшують площу контакту діючої речовини зі слизовою оболонкою кишечника. При цьому прийом їжі не впливає на його фармакокінетику та ефективність терапії цим препаратом.

Інноваційним представником стероїдних гормонів, який наразі широко застосовують у терапії хвороби Крона та неспецифічного виразкового коліту (НВК), є топічний препарат Буденофальк. Він доступний як для перорального прийому (тверді капсули з кишково-розчинними гранулами), так і для ректального введення (піна). Великою перевагою цього лікарського засобу порівняно з системними кортикостероїдами є висока афінність до стероїдних рецепторів, яка у 60 разів вища, ніж у преднізолону. Ця особливість препарату значно підвищує його ефективність. Будесонід метаболізується в печінці при першому проходженні, тому не впливає на загальний метаболізм і рівень кортизолу крові, що підтверджують результати клінічних досліджень. У випадку високої активності патологічного процесу в кишечнику можна використовувати комбіновану схему гормональної терапії, яка включає системні кортикостероїди і топічний стероїд Буденофальк. Таке поєднання лікарських засобів дозволяє значно знизити дозу системних гормонів (преднізолону), внаслідок чого — зменшити частоту побічних ефектів. Ректальне введення будесоніду у формі піни може стати альтернативою месалазину при лікуванні проктиту.

Відповідно до рекомендацій Європейської асоціації з вивчення хвороби Крона та коліту (ЕССО), терапія НВК легкого ступеня включає препарати месалазину і топічний стероїдний гормон. Лікування середньотяжкої та тяжкої форм НВК передбачає застосування комбінації системних і топічних стероїдів, месалазину, а також імуносупресивних препаратів та біологічної терапії.

Слід враховувати те, що слизова оболонка кишечника здійснює низку важливих функцій: бар'єрну, захисну, імунну, цитопротекторну, із забезпечення транспортування поживних речовин, аутофагії, проліферації та апоптозу. Невід'ємною складовою кишки є її мікрофлора, яка відіграє важливу роль у забезпеченні нормального функціонування органа. Терапія НВК часто супроводжується розвитком дисбіозу, що потребує корекції та призначення пре- та пробіотиків, антибіотиків чи виконання фекальної трансплантації. Отже, мета терапії хворих на ЗЖК — не тільки регресування клінічної симптоматики, а й забезпечення повного контролю за запальним процесом і запобігання прогресуванню ураження слизової оболонки кишечника.

Підготувала **Ілона Цюпа**



**Буденофальк®**  
Ректальна піна

Потужна протизапальна дія<sup>1-2</sup>  
Швидко купірування симптомів<sup>1-2</sup>

**Салофальк®** гранули

Єдині гранули месалазину з інноваційною технологією подвійного вивільнення на основі оригінальної полімерної матриці

- Висока ефективність в індукції та підтримці ремісії у переважній більшості пацієнтів\*\*
- Гарантована протизапальна дія протягом всього товстого кишечника та прямої кишки\*\*
- Висока ефективність при проктосигмоїдитах: ремісія у 86% пацієнтів\*\*

**Салофальк 1000 мг Грану-Стиль**  
**Салофальк 500 мг Грану-Стиль**  
**Салофальк 3 г Грану-Стиль**  
**Салофальк 1.5 г Грану-Стиль**